LA CHIRURGIE OCULAIRE FRANÇAISE AU XVIIIe SIÈCLE

PELLIER DE QUENGSY

PAR

Le Dr Albert TERSON

Chef du laboratoire d'Ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu
Ancien interne des hôpitaux
Membre de la Société d'Ophtalmologie de Paris

AVEC 1 PORTRAIT ET 3 FIGURES

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

PELLIER DE QUENGSY

AUTRES TRAVAUX D'OCULISTIQUE DU Dr A. TERSON

Deux cas de rupture traumatique des muscles de l'œil. *Prog. méd.*, 1890.

Observations de clinique et de thérapeutique ophtalmologique. Thèses de Cordonnier, de Pertat, de Decréquy, de Cuénod, de Beaudonnet, Paris, 1891-1894.

Sur la destruction du sac, au thermocautère, et son extirpation dans les fistules et tumeurs lacrymales rebelles. *Arch. d'opht.*, 1891.

Kystes congénitaux de l'orbite. *Prog. méd.*, 1892.

Les complications orbitaires et oculaires des sinusites frontales, maxillaires, sphénoïdales (avec A. GUILLEMAIN). *Gaz. des hôp.*, 1892.

Les verrucosités hyalines de la papille optique. *Arch. d'opht.*, 1892.

Les irrigations au permanganate dans le traitement de l'ophtalmie blennorrhagique. *Arch. d'opht.*, 1892, et *Soc. d'opht. de Paris*, 1894.

Les glandes lacrymales, conjonctivales et orbito-palpébrales. L'ablation des glandes lacrymales palpébrales (avec 6 pl.). Thèse de Paris, 1892. G. Steinheil. — Les glandes acineuses de la caroncule et l'encanthis inflammatoire. *Arch. d'opht.*, 1893.

Les ophtalmies purulentes d'origine génitale chez la femme. *Rev. de clin.*, 1893.

Remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections buccopharyngées. *Rec. d'opht.*, 1893.

Zona ophtalmique unilatéral, et double kératite destructive. *Bull. méd.*, 1893.

Nouveau blépharostat. *Arch. d'opht.*, 1893.

Extraction d'un grain de plomb inclus dans le corps vitré. *Soc. d'opht. de Paris*, 1894.

Kératite interstitielle chez un chien diabétique (avec E. GLEY). *Soc. de biol.*, 1894.

Sur la nature et la prophylaxie de l'hémorrhagie expulsive après l'extraction de la cataracte. *Arch. d'opht.*, 1894.

Glaucome et déplacements du cristallin. *Arch. d'opht.*, 1894.

Les troubles visuels graves après les hématémèses et les métrorrhagies. *Sem. méd.*, 1894.

Recherches sur l'état microbien de la conjonctive des ozéneux (avec GABRIÉLIDÈS). *Arch. d'opht.*, 1894.

Contributions à la syphilis et à la dermatologie oculaires : Les papules syphilitiques de la conjonctive. *Gaz. méd. de Paris*, 1894. — Les gommes précoces du corps ciliaire. *Arch. de méd.*, 1894. — Un cas de corne palpébrale. *Soc. de derm.*, 1895, etc.



G. PELLIER DE QUENGSY, Fils, Docteur en médecine & chirurgien Oculiste des villes de toulouse et de montpellier, brévelé du Roi, &c.

LA CHIRURGIE OCULAIRE FRANCAISE AU XVIIIe SIÈCLE

PELLIER DE QUENGSY

PAR

Le Dr Albert TERSON

Chef du laboratoire d'Ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu
Ancien interne des hôpitaux
Membre de la Société d'Ophtalmologie de Paris

AVEC 1 PORTRAIT ET 3 FIGURES

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895



PELLIER DE QUENGSY



Sans doute connue dans son ensemble, la chirurgie oculaire française du XVIIIe siècle qui a brillé d'un si vif éclat (1) et qui a vraiment inauguré la renaissance ophtalmologique aussi bien dans les autres pays que dans le nôtre, est encore à élucider sur certains points controversés et sur certains détails laissés dans l'ombre. Ces dernières années ont vu du reste une sorte de réveil dans les études historiques sur ce sujet et les côtés scientifiques et artistiques de l'ophtalmologie ont trouvé également satisfaction aux contributions si intéressantes de Delacroix (2) (de Reims), de MM. Dureau, Dujardin, et de M. de Wecker (3) sur Jacques Daviel. Mais nombre de remarquables talents ont gravité autour de Daviel, et, sans parler de Maître Jean et de Saint-Yves, antérieurs, les noms de Pellier de Quengsy et de Janin sont particulièrement à citer. A l'occasion de conférences sur la médecine opératoire oculaire, faites à l'Hôtel-Dieu, j'ai relu les deux livres, trop peu connus, de Pellier, qui, écrits avec une parfaite clarté, enrichis de centaines de figures originales montrant l'arsenal opératoire de l'époque (4), munis de nombreuses observations détaillées, nous donnent le meilleur tableau d'ensemble que nous ayons de l'oculistique de la seconde moitié du XVIIIe siècle. On saisit bien dans ses leçons pratiques qui embrassent toutes les opérations sur les yeux et leurs annexes, l'évolution de cette chirurgie vers celle de nos jours, avec laquelle elle a, sur bien des points,

(1) Panas. *Leçon d'ouverture du cours de clin. opht.*, 1879.

(2) *Jacques Daviel à Reims, avec lettres, autographes et portrait.* Paris, G. Masson, 1890.

(3) Réminiscences historiques sur l'opération de Daviel. *Arch. d'Opht.*, 1893.

(4) Les fabricants d'instruments d'oculistique trouveraient là des indications nombreuses, pour l'historique de leur art.

comme on pourra le voir, des ressemblances et des identités éclatantes.

Guillaume Pellier de Quengsy, oculiste pensionné des villes de Toulouse (où il séjourna longtemps) et de Montpellier (où il se fixa), était d'une famille d'oculistes, comme Woolhouse, comme Wenzel et tant d'autres. Son père, son premier maître, était « ancien maître en chirurgie et oculiste pensionné des villes de Metz et de Bar-le-Duc, correspondant du collège royal de chirurgie de Nancy, etc. » Son frère, Pellier fils aîné (1), exerça également assez longtemps à Nancy. Tous deux ont laissé des procédés spéciaux que Pellier de Quengsy cite dans ses ouvrages.

Quant à lui, nous sommes fort peu renseignés sur le lieu de sa naissance et de sa mort. Les Dictionnaires et les Histoires de l'ophtalmologie le font mourir à la fin du siècle dernier. Néanmoins on trouve (2) un opuscule intitulé « *Sur l'utilité du séton appliqué à l'œil même*, et lu à la Société de médecine de Montpellier, en mai 1813, par M. G. Pellier, membre de cette société et de plusieurs autres ». Cet opuscule, qu'a bien voulu nous transmettre M. Grangé, secrétaire de la Faculté des sciences de Montpellier, que nous remercions très vivement, paraît être de notre auteur, dont il porte le nom et l'initiale du prénom. De nouvelles recherches pourraient éclairer cette biographie indécise et remplacer la banale indication d'existence que répètent les Histoires et les Dictionnaires : elles reculeraient sans doute à notre siècle la mort de Pellier de Quengsy. Mais, s'il est difficile de retracer sa vie, son œuvre est restée intégrale et nous donne sa pensée complète.

(1) *Opérations sur les yeux*, p. 413. « M. Pellier, fils aîné, après avoir étendu sa réputation l'espace de huit années consécutives dans les pays du Nord, s'est rendu en Angleterre où il a eu tellement de succès dans ses opérations, surtout à Aberdeen, en 1875, que les officiers municipaux de cette ville le décorèrent du diplôme de bourgeois pour avoir rendu la vue à une infinité de malheureux aveugles, en sorte qu'il est aujourd'hui comme naturalisé écossais. »

(2) Dansan. *Histoire de l'ophtalmologie à Montpellier.*, th. de Montpellier, 1888, et Truc. *Montpellier médical*, 1887. M. Dansan mentionne dans son intéressante thèse un autre mémoire de Pellier « sur la conservation de la vue. » (*J. de méd. de Montpellier*) et l'Annonce (dans le même journal) de son cours annuel sur les maladies des yeux.

L'ensemble imprimé de l'enseignement et des idées de Pellier se résume en deux ouvrages. Le premier, paru en 1783 (1), se compose d'un *Recueil de mémoires et d'observations* déjà publiés pour la plupart et réunis en volume ; le second, sous le titre de *Cours d'opérations sur les yeux*, avec planches gravées et portrait de l'auteur, fut imprimé à Paris et à Montpellier en 1787.

Nous réunissons dans une même étude les documents contenus dans ces différentes publications, en prenant surtout la Chirurgie oculaire qui est l'œuvre la plus complète, pour base.

Comme dans les plus récents traités d'ophtalmologie, ce livre commence par la description de l'anatomie de l'œil et de ses annexes. Cette anatomie est entachée d'une partie des erreurs scientifiques de l'époque, et nous n'en dirons pas grand' chose. L'orbite, les muscles de l'œil, les paupières et leurs muscles, la glande lacrymale, le canal lacrymo-nasal, sont très sommairement décrits. La cristalloïde a pour usage de recevoir des vaisseaux nourriciers du cristallin. L'auteur suppose aussi, comme Janin, qu'une partie des larmes vient de l'humeur aqueuse et transsude à travers la cornée ; à ce propos, répondant à un de ses malades à qui un chirurgien avait proposé l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire contre son larmoiement (2), il dit que l'opération sera suivie d'un insuccès fatal, puisque une grande partie des larmes est fournie par l'humeur aqueuse. Il est intéressant de voir déjà l'idée de l'extirpation des glandes lacrymales contre le larmoiement être émise et rejetée pour des raisons, en somme théoriques.

Mais, d'autre part, l'étude des membranes internes et du nerf optique n'est pas absolument indifférente, et on nous permettra de citer ces définitions de la choroïde et de la rétine : « L'usage de la choroïde est d'absorber une partie des rayons lumineux, et l'usage de la rétine est de recevoir l'impression des objets lumineux, et par l'agitation de la lumière sur ses fibres nerveuses, les idées des objets qui sont peints sur elle, étant transmises au cerveau, sont excitées dans l'âme. » Notons encore que Pellier se sert d'un petit instrument qu'il appelle *ophtalmomètre* et qui est composé de petites tiges métalliques ; cet instrument étant plongé dans l'œil au centre de la cornée, y pénètre et est destiné à mesurer sur les cadavres frais la longueur de l'œil et

(1) *Recueil de mémoires et observations, avec un nouveau procédé pour extraire la cataracte*. Montpellier, chez Jean Martel (a été traduit en allemand, 1789).
(2) *Recueil d'obs.*, p. 14.

par les crans dont il est muni les dimensions de la chambre antérieure, l'épaisseur du cristallin, de la cornée et des autres membranes oculaires (1).

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas en anatomie qu'il faut chercher la supériorité de Pellier. C'est maintenant que nous allons le trouver clinicien expert, et chirurgien sûr, dont presque toutes les phrases révèlent une expérience, une dextérité et surtout un esprit d'initiative qu'il faut vraiment admirer.



Les maladies de la *conjonctive* sont soignées de la façon suivante : dans les inflammations, en plus des lavages répétés (eau de sureau, eau de Saturne, animées de quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée), il use des scarifications faites avec un minuscule « rasoir oculaire », prédécesseur du scarificateur de Desmarres. Les phlyctènes sont ouvertes, quelquefois excisées au cours d'un traitement par les lavages déjà mentionnés et divers collyres (2).

Dans l'ophtalmie blennorrhagique, il incise largement le chémosis avec les ciseaux courbes (3). Il pratique la tonsure péricornéenne toutes les fois que la cornée est envahie par les vaisseaux *variqueux* (pannus). Les tumeurs de la conjonctive et du repli semi-lunaire sont disséquées et l'emplacement cautérisé au beurre d'antimoine et à l'eau mercurielle affaiblie. Le ptérygion est « enlevé » soit à la pince et aux ciseaux, soit avec une anse de fil qui le suspend et l'attire pendant l'excision. Il se borne, après l'ablation, à de légères cautérisations chimiques et ne parle pas de sutures consécutives.

Le traitement du *trachome* consiste à son premier degré, en des collyres (eau de Saturne) et un régime général émollient ; au second degré, « quand il se forme de petites tumeurs qui ont la figure de grains de figue », on doit les emporter à la pointe des ciseaux ou les moucheter avec le scarificateur, en y joignant des douches d'eau tiède pour augmenter l'écoulement du sang.

(1) V. Petit et Bignon, in Haller. *Diss. chirurg.*, t. V.

(2) *Rec. d'obs.*, dernier chapitre. Ces collyres étaient versés dans l'œil avec une cuiller à café ou un tuyau de plume.

(3) Il traite par les frictions mercurielles l'ophtalmie « vénérienne ».

Je note enfin combien sont justes ses idées fondamentales sur le traitement des conjonctivites, par exemple sa recommandation de *ne pas bander* l'œil dans ces cas-là (1), mais de le protéger seulement par la compresse « voltigeante » de taffetas noir ou vert que nous retrouverons aux suites de l'extraction de la cataracte.



Les affections de la *cornée* sont également l'objet de traitements chirurgicaux importants. Ses opacités, en plus de la péritomie et des scarifications de leurs vaisseaux sanguins, réclament souvent l'*abrasion* des lames opaques, avec une lancette fixe sur son manche, et la cure se complète par les applications au pinceau d'esprit volatil de corne de cerf.

Pellier fait l'*extirpation des staphylômes* opaques avec les ciseaux, et en obtient la guérison *sans sutures* par des pansements compressifs longtemps continués. Enfin, donnant une idée, reprise plus tard en Allemagne (Nussbaum), il propose de substituer à l'ectasie opaque, une cornée artificielle de verre, qui tiendrait par quelques points de suture. Il ne paraît pas se faire de grandes illusions sur sa proposition et croit « qu'on pourra s'élever contre cette nouvelle opération ».

Les corps étrangers sont extraits à la pince, au couteau lancéolaire, à l'aimant, suivant leur volume, leur siège et leur nature.

Les affections aiguës qui résistent aux lavages et aux topiques conjonctivaux, commandent l'intervention armée, et l'*abcès* « nécessite une attention plus particulière pour en faire l'ouverture ». Cette ouverture est pratiquée *de côté*, avec la petite lance de Daviel. L'hypopion excessif est ponctionné, tantôt *au bas* de la cornée « presque à son limbe » avec une petite *aiguille triangulaire à arrêt*, ou avec l'ophtalmotome (couteau à cataracte), tantôt de côté avec la lancette, quand l'abcès est situé à la partie supérieure. Pellier parle même (2) d'un abcès qu'il *ouvrit transversalement*. Nous n'insisterons pas sur l'extrême variété de ces procédés qui semblent dater d'hier, et que du reste Saint-Yves avait grandement contribué à faire adopter.

(1) *Rec. d'obs.*, p. 454.

(2) *Cours d'opérations*, p. 149.

Au chapitre comprenant les interventions iriennes combiné avec celui qui concerne l'extraction des cataractes, nous trouverons les différentes opérations à faire subir à l'iris, soit avant l'extraction, quand la pupille est adhérente, soit longtemps après, quand il y a occlusion pupillaire et que l'irido-capsulotomie aux ciseaux (Janin) ou à la faucille (Woolhouse, Cheselden) devient une nécessité. Pour ce qui est des opérations à faire sur l'iris, lorsque le cristallin transparent est en place, il faut reconnaître que ce qui concerne la pupille artificielle, contre les taies sur la cornée, ou en cas d'exsudats pupillaires, est bien insuffisant, comparé à ce que nous trouverons plus loin sur l'opération de la cataracte, et à la finesse des sphinctérectomies et des iridectomies optiques actuelles.

Nous allons pouvoir maintenant apprécier Pellier dans ses remarquables travaux sur l'extraction de la cataracte. Il est, en effet, un des contemporains de Daviel qui ont le plus contribué à établir définitivement la suprématie de l'extraction sur l'abaissement. Adversaire acharné de cette dernière opération, il réfute un à un les arguments que Pott et d'autres chirurgiens avaient entassés contre l'extraction, et il nous montre en France un exemple imprévu de la routine. Saint-Yves (1) resta, en effet, jusqu'au bout partisan résolu de l'abaissement, alors que ses propres extractions du cristallin tombé dans la chambre antérieure avaient frayé la voie où passa Daviel lui-même.

Mentionnons, pour n'y pas revenir, la description (avec une planche pour chaque chapitre, reproduisant les instruments particuliers de chaque oculiste) des procédés de Daviel, La Faye, Poyet, Tenon, Granjean, Pellier père, Béranger, Wenzel père, Pamard, Guérin de Lyon, Durand, Pope, Favier, Guérin de Bordeaux, Pellier aîné, Demours, Sharp, et des élèves de l'École pratique de Paris. Cet exposé clair et précis de chaque méthode sera toujours d'un grand secours pour les études historiques sur ces auteurs, d'autant plus que les ouvrages de quelques-uns ou leurs articles publiés dans les journaux, ont disparu depuis longtemps.

Quoi qu'il en soit, Pellier déclare qu'on ne saurait faire remonter plus haut que 1707 (Saint-Yves et Petit) la pratique

(1) *Rec. d'obs.*, préface, p. XIII. « Certains, routinés dans l'ancienne méthode, l'ont exécutée jusqu'à leur décès, tels que M. de Saint-Yves, oculiste de Saint-Côme. »

de l'extraction du cristallin, mais que l'idée de l'opération semble dater des temps les plus reculés. Quant à la nature et au siège de la cataracte, c'est surtout à Remi Lasnier, mort en en 1690 et à plusieurs autres savants ses contemporains (Quarré, Rolfynck, etc.) qu'il faut attribuer la découverte que Maître Jean et Brisseau contribuèrent à mettre en évidence. Ne trouve-t-on pas dans l'analyse d'un travail de Mariotte sur son expérience bien connue du punctum cæcum, les lignes suivantes (*Journal des savans*, 1668) : « L'expérience qu'on a faite depuis quelque temps, a *entièrement* détruit l'opinion qui faisait du cristallin l'organe de la vision..., le seul moyen de rendre la vue dans la cataracte étant d'abattre le cristallin, c'est-à-dire de le *rendre inutile.* » Gassendi admettait du reste que toute cataracte siégeait dans le cristallin opacifié (1).

Pellier insiste à juste titre sur la proposition si nette et si détaillée de Méry (Acad. des sciences, 1707) de pratiquer de propos délibéré par la cornée, l'extraction de la cataracte (2).

On voit bien, nous semble-t-il, d'après cet aperçu historique, que c'est la découverte anatomique du siège de la cataracte qui a suscité peu de temps après, des opérations d'extraction systématique. Comme en chirurgie générale, tout progrès dans l'anatomie normale et pathologique de l'œil et de ses annexes a agrandi bientôt le champ opératoire de notre spécialité.

Le dix-septième siècle place la cataracte à son siège exact. Méry propose et Daviel crée l'extraction définitive.

Tenon et Bonnet décrivent et renouvellent l'anatomie des muscles de l'œil et de la capsule péri-oculaire. L'énucléation, jusque-là vraie boucherie, devient une opération des mieux réglées, une élégante désarticulation. Et, à côté de semblables acquisitions, combien nous pourrions faire de remarques du même genre concernant la marche simultanée et corrélative du progrès en anatomie et en chirurgie oculaires ? L'opérateur surgit toujours quand les circonstances l'ont rendu possible.

Pellier, qui ne paraît pas connaître la dernière manière de Daviel (3), fait remarquer que, la plupart des chirurgiens trouvant le procédé du grand maître trop compliqué, chacun a imaginé une lame tranchante pour couper la cornée d'un seul

(1) Woolhouse. *Expériences de diverses opérations*, etc., Paris, 1711.

(2) Il y a quarante-six ans que M. Méry fit la proposition d'extraire la cataracte par la cornée. (La Faye. *Remarques sur l'opération de M. Daviel.* Mém. de l'Acad. Roy. de chir., 1753.)

(3) De Wecker. *Arch. d'opht.*, 1893.

coup (1). Ils se servent ensuite, soit du kystitome de La Faye, soit de l'aiguille en or de Wenzel pour fendre la cristalloïde, puis par la compression du globe avec les doigts seuls ou avec les doigts et le plat d'une petite curette, ils donnent issue au corps opaque. S'il reste des fragments, ils pénètrent dans la chambre antérieure et les entraînent avec la curette. Si la membrane est altérée, ils vont la chercher avec une petite pince ou se contentent de l'inciser en croix. Voilà, d'après Pellier, où en était l'extraction au moment où il commença lui-même à réfléchir sur ce sujet et à chercher sa méthode personnelle.

Cette méthode, il l'applique dans tous les cas de cataracte simple, et elle « *consiste à faire l'opération d'un seul coup de main et avec un seul instrument* ». Il paraît l'avoir mise en pratique vers 1770, et la présentation de la méthode à la Société des Sciences de Montpellier, qui est de 1776, ne paraît venir qu'après une expérience de plusieurs années. Voici quels étaient la conduite préopératoire de notre auteur, ses procédés d'extraction et les soins consécutifs. *Avant l'opération*, comme Daviel père et Daviel fils (2), Pellier se soucie assez peu d'une longue préparation des malades, excepté s'ils ont un état général mauvais, auquel cas il les fait saigner et les met à un régime préalable approprié. Ses recommandations sur l'abus des grandes préparations avant l'opération de la cataracte, étaient relativement nouvelles, car la plupart des oculistes du temps soumettaient leurs malades à un nombre infini de purgations, de saignées, de potions intempestives, pendant plusieurs semaines avant l'opération. Pellier opère dès le lendemain de l'examen des yeux et du corps : un souper léger et un lavement, la veille, et c'est tout.

La maturité complète n'est pas absolument nécessaire à la réussite, d'autant plus qu'un certain nombre de cataractes ne mûrissent jamais. Le choix des saisons est à peu près indifférent, comme Daviel l'avait déjà démontré.

Ajoutons que Pellier opère quelquefois les deux yeux, séance tenante.

Le malade est assis sur une chaise un peu basse à côté d'une

(1) Le couteau étroit de Tenon et le couteau triangulaire de Béranger constituent, comme M. de Wecker l'a fait observer, des documents auxquels il faut attribuer l'importance qu'ils méritent. La Faye (1753. *Mém. de l'Acad. de chir.*) paraît être le premier qui ait eu l'idée d'employer un seul instrument pour la section.

(2) *Journal des savans*, 1756. Lettres sur l'extraction, par Daviel père et Daviel fils.

fenêtre et le chirurgien s'assied sur un siège un peu plus élevé. Un aide tient la tête contre sa poitrine et soulève la paupière supérieure avec l'index. Pellier porte ensuite le médius de sa main gauche et l'index sur la paupière inférieure qu'il abaisse.

C'est alors qu'avec la main droite armée de son « ophtalmotome », il fait la section en bas après avoir fait la kystitomie avec la pointe du couteau. L'incision terminée, il comprime légèrement le globe de l'œil vers la partie supérieure, avec le plat de l'instrument, et il en fait autant avec l'index de la main gauche vers la partie inférieure ; la cataracte sort très facilement en général. Souvent aussi il emporte la cataracte au bout du couteau, « en lui faisant présenter son biseau au travers de la prunelle, surtout si la cataracte est solide. Toutes les personnes, dit-il, qui m'ont suivi dans le cours de mes opérations, ont été témoins de ce coup de main ».

S'il reste des fragments de cataracte, la petite curette, montée sur le même manche que le couteau, les entraînera. Enfin, cette curette est repassée dans les lèvres de la plaie, « afin de faire rentrer l'uvée, s'il y a lieu ».

Revenons sur divers points de l'opération. Nous avons vu d'abord que Pellier, visant avant tout à diminuer le nombre des instruments, rejette tous ceux que l'on peut rejeter, puisqu'il ne conserve que le couteau et quelquefois la curette. Plus de speculum oculi; dans de très rares cas, chez les malades très indociles, ou sur des yeux « convulsifs », par exemple chez les aveugles de naissance (nystagmus), il se sert de deux instruments dont l'un n'est autre qu'une petite pince à crochet, et surtout d'un croissant légèrement dentelé que l'on appuie dans le grand angle de l'œil pour l'empêcher de fuir sous le couteau. Mais ces instruments sont d'un usage tout à fait exceptionnel. L'instrument tranchant est un couteau étroit à tranchant convexe et à pointe fort aiguë.

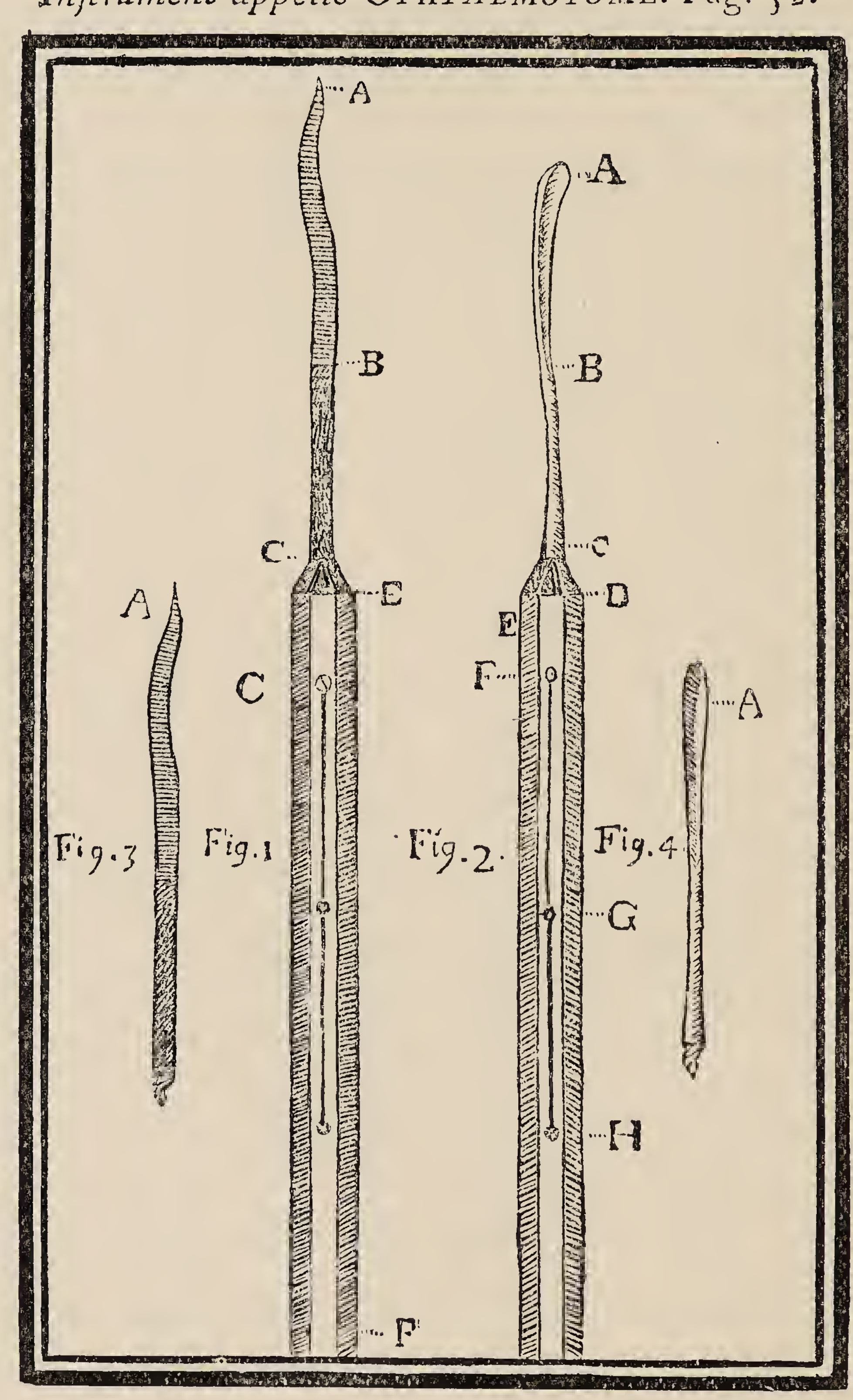
Nous en donnons ci-après la reproduction aux 4/5 de la grandeur (1) naturelle.

La lame a deux pouces de long sur une ligne deux tiers dans sa plus grande largeur. Le manche est à pans pour qu'il ne roule pas dans les doigts. Avec cet instrument, Pellier affirme ne pas mettre plus d'une minute pour l'extraction, et l'opération dure souvent à peine un tiers de minute, quelquefois même dix-sept secondes, comme dans celle qu'il raconte avoir faite à M. de Joubert, syndic général du Languedoc. Cette méthode

(1) D'après le *Recueil d'observations*.

fut présentée à la Société des sciences de Montpellier, et nous avons dans le *Recueil d'observations*, le rapport des commissaires de la Société sur le procédé. Les commissaires font une critique des plus fines de l'opération de Pellier, et

Inſtrument appellé OPHTALMOTOME. Pag. 52.



nous devons citer une partie de leur mémoire. « S'il était démontré, disent-ils, qu'il est avantageux d'ouvrir la capsule en même temps qu'on fait la section de la cornée, le progrès serait évident. Mais il y a des raisons qui semblent établir qu'il vaut mieux ouvrir la cristalloïde après que la cornée a été

entièrement coupée. » Les commissaires insistent d'une façon plus précise sur leurs objections, et pensent que le procédé expose : 1° à blesser l'uvée ; 2° à la cataracte secondaire, parce qu'on ne peut guère choisir le point de la kystitomie et qu'elle peut être insuffisante ; 3° si l'humeur aqueuse se vide avant la contre-ponction, l'embarras est grand, et ils ajoutent : « la méthode dont nous rendons compte, est une de celles qui demandent le plus de dextérité, et l'auteur convient dans son mémoire qu'il faut une grande pratique pour la bien faire, or c'est toujours un défaut dans une méthode ». En terminant, les critiques rendent un juste éloge de Pellier, en affirmant l'originalité de sa méthode et en donnant les plus grandes louanges à son habileté manuelle, unanimement reconnue, affirment-ils, par tous les médecins et chirurgiens qui l'ont vu opérer.

La réponse de Pellier à ces objections n'a pas un très grand intérêt, car il se borne à déclarer que les accidents que l'on reproche à sa méthode sont excessivement rares, que son opération est très rapide, qu'il n'est pas obligé d'opérer ses malades couchés comme le faisait Pamard par exemple, et qu'en définitive, la dextérité nécessaire à l'opération n'est un défaut ni pour l'opérateur ni pour le procédé. On emporte néanmoins cette conviction, à la lecture de ses arguments, que la kératokystitomie en un seul temps n'était guère plus faite en 1776 qu'aujourd'hui pour emporter la majorité des suffrages (1) par ses qualités hasardeuses. Néanmoins, si l'on sonhe que Pellier faisait son opération sans chloroforme, sans cocaïne et aussi sans antisepsie, on conviendra que, pour l'époque, c'était peut-être un progrès que d'aller le plus vite possible en opérant, et de n'employer qu'un seul instrument. C'était réaliser le minimum de douleur opératoire et le minimum d'infection par les instruments. En un temps où la cocaïne assure l'anesthésie et où les instruments sont stérilisés, on a le droit d'agir différemment et d'exécuter sans scrupule tous les temps réguliers de l'extraction.

L'incision sera faite presque toujours en bas et elle sera d'une étendue sur laquelle Pellier, comme tous les auteurs du temps, est assez peu précis. Cependant, il dit qu'elle embrassait

(1) On n'a guère ajouté à l'opération de Pellier que le couteau de Græfe, et il est même probable que la kératokystitomie reste plus facile avec un couteau courbe, évitant mieux l'iris.

tantôt les *deux tiers* (1), mais le plus souvent la « demi-sphère » cornéenne (2). Nous verrons que Pellier fait *beaucoup varier* cette incision suivant la consistance de la cataracte. Et, si l'on nous permet d'insister sur un point encore récemment discuté, nous citerons ce que Daviel fils dit, dans le *Journal des savans* (1756), de l'incision pratiquée en général par son père : « Tous ceux qui ont suivi mon père dans ses travaux, sont témoins qu'on ne saurait apercevoir chez la plupart de ses malades que les cornées ont été coupées *dans la moitié de leur disque.* » Pellier pratique quelquefois la section en haut, quand il y a des cicatrices à la partie inférieure. Il s'attribue la priorité de cette incision et déclare qu'il l'a publiée avant Wenzel fils (3). Dans les variétés de cataracte autres que la cataracte sénile vulgaire, les procédés sont différents et l'incision en général bien plus petite.

La cataracte *molle et même laiteuse*, en particulier *chez les jeunes sujets,* ne nécessite qu'une incision *d'un quart à un tiers* de la cornée (4).

Les cataractes avec lésions capsulaires, ne peuvent s'opérer par kératokystitomie combinée ; on fait l'incision cornéenne sans kystitomie et on introduit ensuite *de petites pinces à ressort* avec lesquelles on enlève entières ces cataractes, qui ressemblent souvent à des hydatides. C'est le procédé à employer dans les formes de cataractes se prêtant mal à la kystitomie.

Dans les cas où il y a *complication de glaucome,* on pratiquera d'abord la *ponction du corps vitré* et on n'hésitera pas à faire ensuite l'extraction comme d'habitude.

S'il y a des *adhérences iriennes*, on tâchera avec l'ophtalmotome de détruire les adhérences, et même de *fendre* l'uvée pour faire sortir par là le cristallin ; mais souvent il faut piquer le biseau du cristallin avec la pointe, pour *l'enfiler* et l'extraire.

Toutes les fois qu'il est nécessaire d'extraire des cataractes dans leur capsule, Pellier se sert du procédé de la pince qui enlève tout le système cristallinien.

Parlons maintenant des incidents qui peuvent accompagner l'opération. La *perte du corps vitré*, n'est un inconvénient que

(1) Il est permis de croire que, dans un grand nombre de cas, Daviel n'incisait guère que la moitié de la cornée (de Wecker), comme le dit Daviel fils.

(2) *Cours d'opér.*, p. 242.

(3) *Cours d'opér.*, p. 331.

(4) *Cours d'opérations*, p. 257.

si elle est très abondante; si elle est très petite, s'autorisant de Richter (1) et de sa propre expérience, Pellier croit que les malades voient aussi bien, sinon mieux. S'il reste des masses corticales, on les enlève avec la curette, et s'il y a une capsule trop épaisse, il ne faut pas hésiter à aller la saisir avec les petites pinces à ressort et à l'extraire par de petits mouvements de va et vient. Voici ce que dit Pellier de la kystectomie avant l'extraction du cristallin (2) : « On pourra, après la section de la cornée, aller chercher la cristalloïde antérieure avant que d'extraire le cristallin ; mais la pratique m'a appris qu'il était mieux de l'ôter après que celui-ci est dehors, par la raison qu'elle est dans un état de relâchement... Cependant lorsque je soupçonne que la cristalloïde est entièrement altérée avec le cristallin, je procède à son extraction sitôt que la cornée est sectionnée, à la faveur de petites pinces à ressort. » On entraîne fréquemment de la sorte le cristallin avec toute l'enveloppe. On ne se préoccupera pas beaucoup si *l'iris a été touché* légèrement par le couteau, mais s'il a été assez largement chargé par le couteau et si l'humeur aqueuse s'est écoulée avant la contreponction, on est obligé de retirer le couteau et de lui substituer une lame à extrémité arrondie; il faut faire la contreponction qui doit lui donner passage, avec une lancette de dehors en dedans.

Le *pansement* (3) qu'on applique après l'opération, comprend les deux yeux, même si l'on n'en a opéré qu'un. Il se compose de *petits sachets de coton en rame*, assujettis avec une bande de linge usé, fixée elle-même avec des épingles. On y ajoute quelquefois une bande qui passe sous le menton. On appliquera le pansement sans faire distinguer aucun objet, « à moins qu'on n'y soit forcé ». Le malade, déshabillé par un aide, sera mis au lit ou restera dans un fauteuil s'il ne peut pas supporter le lit, et pendant les quatre premiers jours (4), on se contentera de lui donner du bouillon et divers rafraîchissements légers, en même temps qu'on observera la plus grande prudence dans les mouvements qu'on lui permet. On n'enlèvera le pansement *qu'après quatre ou cinq jours*, et ce jour-là, on pourra lever

(1) *De l'extraction de la cataracte.* Göttingue, 1773.

(2) *Cours d'opérations*, p. 262 et 263.

(3) *Recueil d'obs.*, p. 141.

(4) Daviel était moins partisan des pansements rares, d'après Delacroix, qui dit qu'il changeait le premier pansement au bout de vingt-quatre heures : dans une lettre que cite Pellier, Daviel se résolut cependant à ne lever un pansement que le quatrième jour au matin et encore à la suite de douleurs; il faisait donc quelquefois des pansements rares.

le malade une ou deux heures. Ce n'est que vers le onzième ou douzième jour qu'on appliquera les simples compresses volantes, et le malade sortira de quinze jours à un mois après l'opération. On ne doit laisser lire le malade avec ses lunettes à cataracte que deux ou trois mois après l'opération. Pellier cite quelques observations de myopes « devenus presbytes » après l'extraction du cristallin.

Pellier insiste sur la nécessité d'un *pansement sec* et tout un chapitre de son Recueil d'observations porte sur l'abus de l'application de compresses mouillées sur les yeux opérés de cataracte (1).

Les accidents immédiats de l'opération peuvent être, d'abord, l'inflammation de la plaie, et il faut regarder l'œil du malade, dès qu'il souffre. On traitera cette inflammation commençante (si elle n'est pas due à un excès de compression ou au renversement des cils) par la saignée au pied, par les pédiluves, par des collyres alcoolisés et par le nettoyage constant des yeux avec des infusions de fleur de sureau, *animées* de quelques gouttes d'eau-de-vie. Si l'inflammation s'accentue encore, on tâche de faire des scarifications et même l'excision partielle du chémosis ; s'il y a un hypopion, on l'ouvrira, et si l'inflammation rend l'*œil monstrueux*, on se contentera de cataplasmes employés continuellement.

S'il se produit *la hernie de l'uvée*, après avoir essayé de la réduire, et de la comprimer quelques jours, on l'incise pour évacuer l'humeur aqueuse de la poche et on continue les pansements compressifs. D'autres fois, on la coupe avec des ciseaux convexes. Dans d'autres cas, on la cautérise simplement avec un petit pinceau chargé d'huile d'antimoine, appliqué avec grandes précautions.

Les accidents éloignés comprennent surtout la *cataracte secondaire*, simple ou *adhérente*. Quand la pupille est adhérente, Pellier fait l'iridocapsulotomie avec des ciseaux à une seule branche pointue (2), selon le procédé de Janin (3). Dans les autres cas, il fait toujours l'extraction de la membranule avec les petites pinces à ressort, et il l'*enlève tout entière* « par de petites secousses, dirigées en tous sens, et en la tordant » (4) ; si

(1) P. 154.
(2) JANIN. *Mém. et obs.,* 1771.
(3) *Rec. d'obs.*, p. 383.
(4) *Cours d'op.*, p. 325. Janin avait déjà souvent pratiqué cette opération.

l'iris résiste, on fait l'extraction partielle, en sectionnant avec des ciseaux une partie de la cristalloïde (1).

Nous nous garderions bien d'affaiblir par des commentaires cet exposé de la pratique du maître. Qu'il nous soit permis de citer ses réflexions (2) sur *les* procédés qu'exige l'opération de la cataracte par extraction : « Les règles générales et les procédés pour extraire chaque espèce de cataracte, doivent donc être variés à l'infini, mais il faut que celui qui veut se mêler de faire ces sortes d'opérations soit suffisamment instruit, sans quoi il ne pourra varier le manuel de l'opération relativement à une infinité de circonstances. S'il n'a pour lui qu'une certaine routine ou habitude, il ne sera jamais qu'un oculiste dangereux. Ainsi l'on voit par là de quelle importance est l'anatomie pour celui qui veut faire des progrès dans cette partie de l'art de guérir. C'est avec juste raison qu'on la considère comme une vraie boussole qui conduit la main de l'opérateur. » On ne peut s'empêcher, en présence d'une telle délicatesse dans l'indication opératoire des procédés d'extraction, de se demander comment de semblables vérités ont pu être méconnues par les nombreux chirurgiens qui abaissaient encore la cataracte, il n'y a pas trente ans, alors que « en 1750 l'extraction jouissait déjà de la plus haute réputation » (3).



L'hydropisie de l'œil et les différentes variétés d'hydrophtalmie proviennent de l'augmentation de l'humeur vitrée, et alors la pupille est dilatée et presque immobile, ou bien elles dépendent de l'augmentation de l'humeur aqueuse. Il s'agit le plus souvent d'une hypersécrétion, mais quelquefois cette hydropisie de l'œil peut provenir *du resserrement des pores excréteurs de la cornée transparente* (4). On voit là une sorte de début des théories hypoexcrétoires. Le traitement découle naturellement de ces diverses théories. « Les douleurs ne surviennent que par l'extension *considérable* que toutes les membranes de l'œil souffrent dans une pareille circonstance, et il ne faut pas tarder pour faire l'opération, car, si on laisse la situation se prolonger, les principales parties de l'œil, ayant perdu

(1) *Ibid.*, p. 386.
(2) *Opérations sur les yeux*, p. 338
(3) *Ibid.*, p. 238.
(4) *Rec.*, p. 396.

entièrement leur ton et leur ressort, ne peuvent plus se rétablir, malgré toutes les peines et tous les soins qu'on se donnerait pour y parvenir. » Ce traitement consistera d'abord dans la ponction de la chambre antérieure, au niveau du limbe, avec une petite lance courbe sur le plat, mais on sera souvent obligé d'en venir à la ponction de la sclérotique; on n'emploiera pas le trocart de Woolhouse qui avait un des premiers pratiqué cette opération, mais bien l'aiguille courbe précédente. On la plonge dans la sclérotique à deux lignes de son union avec la cornée. Pellier cite un grand nombre d'observations de guérison par ces ponctions.

Les maladies de la rétine et du nerf optique qui sont caractérisées par l'état de la goutte sereine, sont traitées par Pellier (après beaucoup d'autres oculistes de son temps) par l'électricité statique.

Les tumeurs de l'œil et en particulier le « carcinome » seront opérées de deux façons : si l'on juge qu'il ne s'étend pas plus loin que vers les chambres de l'œil, on doit se contenter d'extirper la partie antérieure du globe qu'on a transpercée avec un fil qui permet d'attirer le segment antérieur. Cette extirpation partielle « défigure moins » l'opéré que l'extirpation totale. Mais il ne faut pas hésiter à faire l'extirpation totale de l'œil, dès qu'on suppose qu'il est entièrement envahi.

Pour faire l'énucléation, Pellier fait en général une ponction au globe pour évacuer une partie de ses humeurs, puis le saisissant avec des pinces, il en sépare au bistouri la conjonctive et termine l'opération par la section du nerf optique et des muscles avec des ciseaux courbes. Mentionnons à ce sujet ces remarques pratiques : « Il sera au choix du chirurgien d'entrer dans l'orbite avec les ciseaux courbes du côté qui lui paraîtra le plus commode, mais en général la situation de l'œil près de la paroi interne, prescrit de pénétrer dans l'orbite du côté du petit angle. »

Dans la panophtalmie, Pellier n'indique guère que des ponctions larges, au début, puis, comme nous l'avons vu aux accidents de l'extraction de la cataracte, il laisse aller les choses, en se contentant de mouchetures, de résections du chémosis et de cataplasmes.

L'œil artificiel est en verre peint.

Pour le strabisme, l'auteur se borne à indiquer l'emploi des louchettes.

Voyons maintenant la chirurgie des paupières. Les abcès et orgelets sont incisés horizontalement, et les chalazions (1) systématiquement extirpés par la peau, avec le bistouri, l'érigne, et une pince en étrier et à virole qui a la forme générale de celle dont nous nous servons aujourd'hui. Si pendant la dissection, la poche crève, on curette ce qui en reste. Les autres petites tumeurs et kystes des paupières sont extirpés par dissection du côté de la peau ou de la conjonctive suivant le siège de leur proéminence.

Le trichiasis est assez faiblement traité et Pellier paraît ignorer la transplantation du sol ciliaire cependant bien connue des anciens (2). Il se contente de l'épilation et de la cautérisation à la pierre infernale, rarement à l'aiguille rougie, au niveau des bulbes ciliaires. L'ectropion est traité par des résections conjonctivales, le ptosis par de simples résections cutanées avec sutures.

Nous n'insisterons pas sur les autres procédés applicables au symblépharon (incision simple et pose d'un œil artificiel pour empêcher la réunion vicieuse), sur la dissection des tumeurs malignes des paupières et de l'orbite, qui n'ont pas grand intérêt. Mentionnons cependant le traitement du charbon des paupières par l'extirpation et les lavages avec du *sublimé* corrosif dissous dans une infusion de mauve (une demi-drachme de sublimé pour deux onces d'infusion). « Ce topique, dit Pellier, est un des plus puissants spécifiques pour arrêter la gangrène, et je m'en suis toujours servi avec succès dans ces sortes de cas. »



La chirurgie des voies lacrymales est avant tout et absolument conservatrice. L'auteur n'est pas partisan de l'extirpation de la glande lacrymale. Il pratique les sondages par le procédé d'Anel, et surtout les injections faites avec la seringue bien connue et des canules droites et courbes. On répète fréquemment les injections avec l'eau céleste et d'autres solutions par

(1) On nous permettra de rappeler la phrase suivante qui nous semble répondre opportunément la question de savoir, si on doit opérer le chalazion par la peau ou par la conjonctive : « Il faut couper par en dehors, si elle (la grêle des paupières) est sous la peau, mais par dedans, si elle est sous le cartilage (Fabrice d'Acquapendente). Guillemeau formule une règle identique.

(2) ANAGNOSTAKIS. *Chirurgie oculaire des anciens.* Paris, Baillière.

le point supérieur et par le point inférieur. Dans les phlegmons et dans les tumeurs lacrymales (anchylops), on fait l'incision cutanée. Dans la fistule lacrymale, on ébarbe les bords de la fistule et on fait des injections par les points lacrymaux si l'on soupçonne quelque obstruction. Pellier entre ensuite dans de longues dissertations sur la cause des affections des voies lacrymales ; il cite des cas « où la fistule lacrymale est un *symptôme de la vérole*. Dans ce cas, les os sont cariés, mais la fistule n'est pas la maladie originaire, elle n'est produite que secondairement ; elle est une suite de l'état morbifique de l'ethmoïde, et ne peut être guérie par aucun moyen ou remède local. Sa guérison dépend entièrement de celle de la maladie dont elle est le symptôme ».

Dans le traitement des affections des voies lacrymales, Pellier est surtout partisan, d'abord des injections ; puis, si elles ne réussissent pas, il place une canule à demeure dans les voies lacrymales par la fistule. Cette canule est de temps en temps retirée et sert à faire passer des mèches enduites de médicaments dans le canal lacrymal. Ce procédé est celui que son père et son frère ont employé avant lui. Pellier n'aime pas beaucoup la perforation de l'unguis, ni le cautère, avec l'usage consécutif des mèches, mais il met ces moyens quelquefois en pratique. Il emploie aussi le séton de Méjean. Il repousse la méthode de Bosche qui prétendait guérir la fistule lacrymale en cautérisant et en fermant les points lacrymaux pour empêcher les larmes d'atteindre le sac.

Pellier montre une fois de plus, dans cet exposé très développé des méthodes si nombreuses employées à son époque contre les maladies lacrymales, une tactique consommée.

Comme il le prouve dans une série de chapitres où il multiplie les indications opératoires, les procédés doivent varier suivant les cas : « Il est des circonstances où tel procédé peut conduire à une guérison complète, tandis qu'il peut nuire ou n'être d'aucun avantage dans les autres. » On voit donc combien Pellier est d'un juste esprit chirurgical et se garde de prétendre tout guérir par un seul procédé.



En plus des leçons sur la chirurgie oculaire, nous trouvons dans le *Recueil d'observations* sur les yeux et dans le petit

opuscule sur le séton oculaire, quelques notes sur divers cas intéressants que nous ne ferons que mentionner brièvement ici : strabisme provoqué par la rupture traumatique d'un muscle, nombreux cas d'ophtalmie variolique, héméralopie, hypopion survenu à la suite d'une suppression de règles, etc.

L'opuscule sur *le séton « appliqué à l'œil même »* concerne plusieurs observations de leucomes que l'auteur aurait traités de la façon suivante : Il plongeait une petite aiguille à suture aplatie et munie d'un fil assez long dans les environs du limbe, mais en restant dans la cornée. Dans un certain nombre des observations, le point de sortie aurait dépassé la cornée ; le fil est laissé en place pendant plusieurs semaines et de temps en temps tiraillé et oint de baume d'Arcéus. L'œil était simplement recouvert d'une compresse flottante. Pellier déclare que certaines cornées avec leucome presque complet se sont notablement éclaircies par ce moyen. Il note qu'on pourrait employer ce moyen *dans l'hydrophtalmie.*



Tel est l'ensemble de la thérapeutique employée par Pellier de Quengsy. Quelle que soit l'opinion qu'on puisse avoir sur certaines de leurs pages, ces livres, devenus presque introuvables, sont de ceux que l'on doit remettre en lumière.

Il nous reste bien peu de chose à ajouter à l'exposé de ces documents si précieux. On a compris quelles furent les qualités maîtresses de Pellier de Quengsy. Sa dextérité et la précision de son doigté chirurgical, les commissaires de la Société de médecine de Montpellier nous ont dit ce qu'elles étaient. Ses ouvrages, rédigés avant tout pour les étudiants, et composés du fruit de ses leçons périodiques, nous montrent quels durent être la lucidité et le côté pratique de son enseignement.

Ce fut avant tout un spécialiste, mais un spécialiste qui avait, comme il nous le dit lui-même (1), longtemps pratiqué la chirurgie générale, et qui comprenait l'ophtalmologie comme ayant une essence chirurgicale. Ses idées sur la spécialisation sont aussi justes aujourd'hui qu'à son époque. Maintenant que l'ophtalmologie, munie de l'ophtalmoscopie et s'appuyant de plus en plus sur le secours solide et indéfiniment progressif

(1) *Cours d'opérations*, préface.

des autres branches de la médecine, est devenue une science autonome, qui se refuserait à signer ce que Pellier disait déjà (1)? « Les uns par gloire, les autres par intérêt, veulent tout embrasser ; et comme il n'est pas possible que le même homme exerce avec la même supériorité de lumières toutes les parties de son art, comme il n'est pas possible qu'il donne à chacune d'elles l'application convenable pour en étendre la sphère aussi loin qu'elle peut aller, il en résulte souvent des suites fâcheuses pour le malade, *et les progrès de l'art sont nécessairement retardés.* »

Ce fut un électique, et un ennemi obstiné de la routine. L'opportunité et la finesse de ses indications opératoires restent encore d'une rare justesse et on doit lui tenir compte des modifications qu'il a apportées sans cesse aux opérations oculaires, en un temps où l'absence d'anesthésie demandait plus que jamais la rapidité de la main et la sûreté du coup d'œil.

S'il insiste peut-être avec trop de complaisance sur les beaux résultats thérapeutiques et opératoires qu'il a obtenus dans ses nombreuses pérégrinations à travers la France, s'il a proposé quelques problèmes insolubles, comme la cornée artificielle, il n'en est pas moins vrai qu'on reste étonné de la multiplicité extrême des moyens d'action de cet opérateur de grande ressource (2).

(1) *Recueil d'observations*, préface.

(2) Nous réunissons ci-après diverses notes et citations rencontrées au hasard de recherches précédentes, et qui nous semblent porter sur des points historiques intéressants ou peu connus. Nous faisons remarquer à ce propos que le plus grand nombre des procédés mis en usage courant par Pellier ne lui sont point personnels ; mais nous avons tenu à conserver à la description générale de sa chirurgie le caractère qui en fait le tableau presque complet de l'oculistique chirurgicale du XVIII[e] siècle.

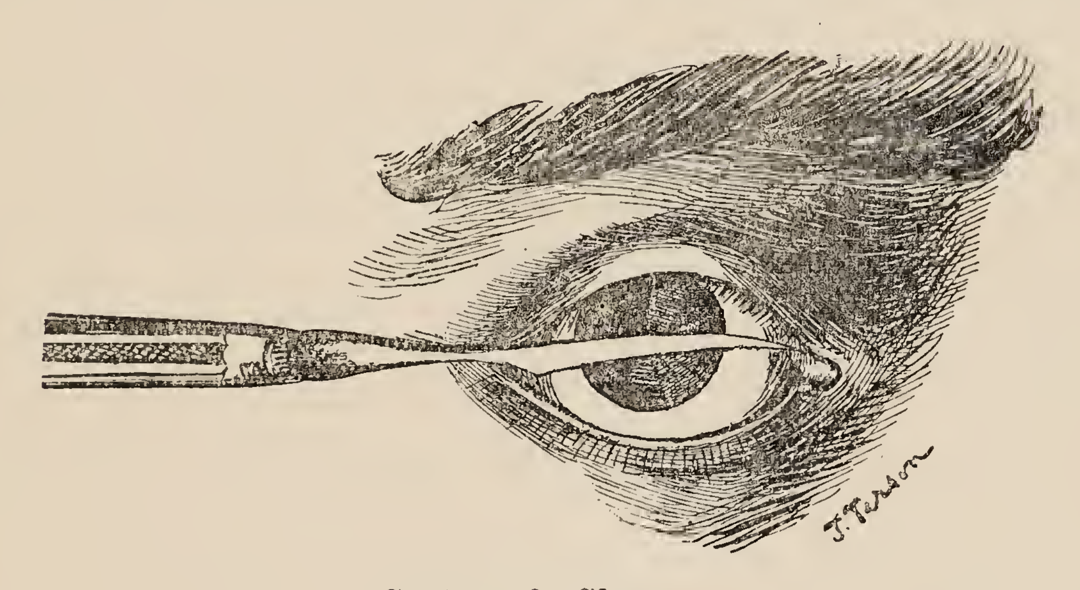
a) Au sujet d'un procédé, repris depuis avec des variantes, Sprengel s'exprime dans les termes suivants : « On a peine à concevoir comment E. Darwin (*Zoonomie*, t. I) a pu imaginer de trépaner les cicatrices opaques de la cornée : il conseille en effet d'enfoncer une petite vis d'acier dans ces taches, de les attirer ainsi à soi, et de tourner une petite tréphine autour d'elles. Il pourrait arriver, dit-il, que l'ouverture qui en résulte dans la cornée se couvrît d'une cicatrice transparente. »

b) On a vu combien étaient encore imparfaites les opérations d'iridectomie optique, le cristallin étant en place, au temps de Pellier. Après les tâtonnements de divers opérateurs qui remarquèrent l'excellente vision produite par certains décollements de la base de l'iris avec pupilles adhérentes, il faut arriver à Wenzel et Schmidt pour voir surgir l'iridectomie actuelle avec excision à la pince et aux ciseaux. Citons à ce propos ce que dit Sabatier (*Méd. op.,* III, édition

Si on le compare à Maître Jean et à Saint-Yves, on est profondément surpris de la différence qui les sépare de Pellier de Quengsy. Avec eux disparaissent les idées et les méthodes

de 1795). « Ne pourrait-on pas, après avoir incisé la cornée..., saisir le milieu de l'iris avec une pince propre à cet usage, et retrancher la portion de cette membrane que l'on aurait attirée à soi, avec des ciseaux bien tranchants et courbes... On ne courrait aucun risque d'entamer le cristallin... C'est ainsi que Wenzel père m'a dit avoir opéré dans plusieurs cas. »

c) On sait que Tenon se servait, pour l'incision cornéenne, de son « secteur particulier » étroit et courbe sur le plat. On sait aussi combien nombreux furent les couteaux courbes *sur le plat*, dans les procédés d'extraction contemporains de Pellier (La Faye et d'autres). Au contraire, le couteau de Pellier offre le type d'un couteau *étroit à tranchant convexe*. Sharp (*Soc. des Sciences médicales de Londres*, 1753) a eu l'idée, en même temps que La Faye (1752-53), d'user d'un



Couteau de Sharp.

seul instrument pour faire l'incision cornéenne, et de plus, il semble être le premier qui ait fait toute l'opération avec *un seul instrument*. Son couteau (bien plus étroit que celui de La Faye) à tranchant légèrement *concave* (dont je dois le calque, d'après les *Philosophical Transaction*, t. XLVIII, p. 161, à l'obligeance de mon frère, Jean Terson, étudiant en médecine) lui servait en effet à exécuter, après l'incision faite, la kystitomie et même à enfiler et extraire la lentille. Quant à la kérato-kystitomie simultanée, elle paraît surtout due comme procédé exclusif, à Pellier, comme nous l'avons vu, et aux Wenzel (V. le Traité de la cataracte, par Wenzel fils, Paris, 1786).

A propos de ce couteau courbe, on nous permettra d'ajouter que nous nous



sommes nous-même déjà depuis 2 ans servi avec avantage d'un couteau étroit, à tranchant convexe et à pointe à la Nicati pour l'extraction de la cataracte.

d) Garengeot préconisait l'incision *trapézoïde*, en bas, faite avec le couteau

anciennes, bien qu'on y sente par endroits le pressentiment des méthodes nouvelles. Avec Pellier, nous sommes en présence d'un véritable moderne et d'un des plus remarquables continuateurs de Daviel.

lancéolaire, et avec des ciseaux *droits* agrandissant de chaque côté l'incision. (SABATIER. *Médecine opératoire*, *loc. cit.*)

e) On sait que Daviel avait pratiqué l'ablation partielle de la cristalloïde antérieure à la pince (*Acad. roy. de chir.*, 1753) : « Quelquefois il faut couper cette membrane circulairement et l'emporter en entier, si elle est épaisse et ridée, de peur qu'elle ne bouche la prunelle ; et alors cette membrane étant bien coupée, on peut l'emporter avec des pinces. » Pellier, Wenzel et d'autres usaient fréquemment de cette kystectomie *partielle* (et non kystitomie, qui ne saurait s'appliquer qu'à la simple *incision* de la capsule, avec le kystitome, ou tout autre instrument).

f) Voir, au sujet de l'extraction du cristallin dans sa capsule, WENZEL. *Traité de la cataracte*, p. 33.

g) Pellier et Wenzel semblent avoir été les premiers à instituer systématiquement l'excellente pratique des pansements *secs*.

Mais Wenzel levait le pansement tous les jours, tandis qu'on a vu combien Pellier était partisan du pansement *rare*.

h) Daviel attribuait la hernie post-opératoire de l'iris, surtout au pansement trop serré. Pellier (*Rec. d'obs.*, p. 152) croit plutôt en général à l'influence de la toux et des efforts violents.

i) Un certain nombre d'auteurs avant Woolhouse, et à son époque, Valentin, Nuck et Heister, avaient préconisé les ponctions cornéennes et sclérales dans l'hydrophtalmie, quelquefois pour permettre à l'œil diminué de volume, de supporter une coque artificielle.

j) D'après Sprengel, l'application du séton à l'œil même était connu des Chinois et des Japonais. Woolhouse introduisait fréquemment un séton dans la chambre postérieure.



IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE